Fünfunddreissig Fälle

von

Gebärmutter-Polypen.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung

der

Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

unter dem Präsidium

von

Dr. Johann von Säxinger

o. ö. Professor der Geburtshilfe und Vorstand der Frauenklinik.

Der medizinischen Fakultät in Tübingen

vorgelegt

von

Paul Friedrich Süsskind

Oberamtsarzt in Neuenbürg.

Tübingen, 1894.

Druck von W. Armbruster & O. Riecker.

Litteratur.

Die Neubildungen des Uterus von Professor Dr. Gusserow in Berlin. Deutsche Chirurgie. Lieferung 57.

Lehrbuch der pathologischen Pathologie von Prof. Dr. Ziegler in Tübingen.

Sammlung klinischer Vorträge: Über fibröse Polypen des Uterus von Hildebrandt.

Spitalszeitung, Beilage zur Wiener medizinischen Wochenschrift 1863, Nr. 32.

Lehrbuch der Krankheiten der weiblichen Sexualorgane von Professor Dr. von Scanzoni.

Pathologische Anatomie der weiblichen Sexualorgane von Prof. Dr. Klob.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552309_0055

Entsprechend den Gewebselementen, aus denen die Uterussubstanz selbst in der Hauptsache besteht — nämlich glatter Muskulatur und Bindegewebe —, setzen sich auch die gutartigen Geschwülste der Gebärmutter zusammen und werden Myome bei Überwiegen der glatten Muskelfasersubstanz, Fibrome bei Überwiegen der Bindegewebssubstanz genannt. Die gewöhnliche Mischform der beiden Gewebselemente ist das Fibromyom. Ist das Fibromyom gefässreich und enthält es spärliches, lockeres, interstitielles Bindegewebe, so ist die Geschwulst weich, sind dagegen die Gefässe nicht zahlreich und ist das interstitielle Bindegewebe vorherrschend, so ist sie hart. Je nach dem Ausgangspunkt der Entwicklung der Fibromyome unterscheiden wir subseröse, wenn die Erkrankung von der oberflächlichen, äusseren, unter dem Bauchfell gelegenen Schichte der Uterussubstanz gegen die Bauchhöhle zu ausgeht, interstitielle, intramuskuläre oder intraparietale Geschwülste, wenn die Ausgangsstelle mehr in den inneren Gebärmutterschichten sich findet und endlich submucöse, so oft sich die Geschwulstmasse aus der dicht unter der Schleimhaut gelegenen Parthie entwickelt und hauptsächlich in die Gebärmutterhöhle hineinwächst. Haben diese aus Muskulatur, Bindegewebe und Schleimhaut nebst einigen Gefässen bestehende Gebilde einen mehr oder weniger breiten oder langen Stil und sind sie frei in die Uterushöhle hineingewachsen, so haben wir für sie die altherge-

brachte, aus praktischen Gründen auch jetzt beizubehaltende Bezeichnung: fibröse Polypen. Ausserdem finden wir noch eine Wucherung der Gebärmutter, die, von der Schleimhaut derselben ausgehend, wenn sie gestielt ist, den von ihrer Erscheinung und dem Ausgangspunkt hergenommenen Namen: Schleimhautpolyp trägt.

Die Wichtigkeit der Gebärmutterpolypen für den praktischen Arzt und die Notwendigkeit, die statistischen Angaben über dieselben zu erweitern, lassen nun wohl die Veröffentlichung der folgenden 35 Fälle von fibrösen und Schleimhautpolypen gerechtfertigt erscheinen. Zuvor aber betrachten wir in Kürze noch die Ätiologie, die Symptome und den Verlauf, die Diagnose, Prognose und die Therapie dieser Geschwulstformen der Gebärmutter. Von den verschiedenen Theorieen über die Entstehungsursache der Uterusgeschwülste gibt uns keine einen befriedigenden Aufschluss. Weder die statistischen Angaben über die Enthaltsamkeit vom Geschlechtsgenuss, noch über das demselben Ergebensein, weder das Vorhandensein der Funktionen der Gebärmutter (Geburten, Abortus), noch das Fehlen derselben (Sterilität) — als Ursachen für die Geschwulstbildung bieten bis jetzt eine genügende Aufklärung. Auch der Hinweis Virchows auf den »irritativen Charakter« dieser Bildungen, bei welchem ein aussergewöhnlich starker Reiz, oder ein eben solcher lokaler Schwächezustand veranlassende Momente sein sollen, findet durch die Beobachtungen in der Praxis wenig Stützpunkte.

Von grösstem Interesse ist die von Cohnheim aufgestellte Ansicht, wornach die Entstehung sämtlicher Geschwulstformen auf embryonale Wachstumskeime, die nicht zur Verwendung gekommen sind, zurückzuführen ist, sei es nun, dass diese Keime mit oder ohne phy-

siologische Erregung zu einer unregelmässigen Entwicklung gelangen.

Wir werden am Schluss dieser Zusammenstellung finden, dass die verheirateten Frauen im annähernd klimakterischen Alter den grössten Prozentsatz der Patientinnen liefern; wie diess auch in zahlreichen anderen statistischen Arbeiten nachgewiesen ist.

Der Ausgangspunkt der fibrösen Polypen ist meist der obere Teil des Uteruskörpers, am häufigsten die hintere Wand; seltener der Cervix oder gar die Lippen des Muttermunds. Diess ist vielmehr der häufigere Sitz der Schleimhautpolypen.

Nehmen wir Schleimhaut- und fibröse Polypen zusammen, so finden wir, dass die Grösse von einer Erbse bis zu einem Kindskopf variirt. Was nun die Symptome und den Verlauf der fibrösen Polypen anlangt, so finden wir dieselben beim Beginn einer Erkrankung wenig ausgeprägt. Erst bei stetiger Zunahme der Geschwulst, wenn der Polyp nach offenbar meist sehr langsamem Wachstum, eine gewisse Grösse erreicht hat, machen sich Störungen verschiedener Art geltend.

Ausser den Empfindungen der Schwere, des Drucks, der Völle im Becken, die sich bis zu einer empfindlichen und beschwerlichen Compression des Mastdarms und der Blase mit Stuhl- und Harnverhaltung steigern können, sind es hauptsächlich Abgänge von seröser, schleimiger, blutiger, eitriger, ja jauchiger Flüssigkeit, verbunden mit Abstossung von Gewebsfetzen, welche die Patientin in Gefahr bringen. Anfangs wohl noch an die Zeit der Menstruation gebunden, sind es die Blutungen, welche später ausser dieser Zeit auftretend, immer heftiger werdend, sehr bedrohlich sich gestalten können. Heftige Schmerzen — Uterinkoliken

— entstehen auch wohl durch Wanderung der polypösen Gebilde, zumal zur Zeit der Periode. Endlich aber ist es der Folgezustand der Blutungen, die Anämie, verbunden mit Herzklopfen, Atembeschwerden, Verdauungsstörungen, welche das Allgemeinbefinden zuweilen aufs äusserste schwächt und das Leben der Frau in hohem Grade gefährdet.

Verhältnismässig selten treten pyämische Zustände durch Jaucheresorption des zerstörten oder zerfallenden Tumors, am seltensten Thrombose und Embolie ein. Am günstigsten ist die sehr selten sich ereignende spontane Ausstossung nach Zerreissung des Stils.

Die submucösen Fibromyome sind, bis sie nicht etwa die Grösse eines Apfels erreicht haben, durch Betasten nur zu erkennen, wenn durch das untere glatte Segment bereits der Muttermund erweitert worden ist. Hat die Geschwulst den Muttermund mehr oder weniger ganz passiert, ist die Diagnose meist einfach, zumal wenn sich die Symptome der oben geschilderten Art vorfinden. So lange aber die kleineren submucösen Geschwülste der direkten Betastung noch nicht zugänglich sind, finden wir den Uterus entsprechend der Grösse der Geschwulst ausgedehnt, oft etwas mehr kugelig gestaltet. Der Katarrh und die Blutungen lassen allerdings an chronische Metritis denken, aber die selten fehlenden wehenartigen Schmerzen rufen doch den Verdacht auf einen Fremdkörper hervor, ein Verdacht, der durch eine vorgefundene Verkürzung der Vaginalportion nur verstärkt wird. Erkennen lässt sich aber die Geschwulst erst nach Erweiterung des Cervix durch Pressschwamm oder Laminariastifte, deren mehrere oft gleichzeitig eingeführt werden müssen.

Vor einer Verwechslung des Uteruspolypen mit anderen Geschwülsten im oberen Teil des Beckens, mit

Uterusprolaps und insbesondere mit Inversion des Uterus schützt am besten die Sondirung und die exakte bimanuelle Untersuchung sowohl von der Vagina als vom Rectum aus.

Hat man sich mit dem Verhältnis der Geschwulst zum Cervix besonders zum Orificium externum vertraut gemacht und hat man das Corpus uteri gefühlt und seine Gestalt genau erkannt, so ist ein Irrtum eigentlich ausgeschlossen. Ehe das Corpus uteri in seiner normalen kugligen Gestalt oberhalb der Symphyse oder bei einer Lageveränderung seitwärts, rückwärts oder vorwärts abgetastet, ehe nicht eine partielle oder totale, trichterförmige Vertiefung — zuweilen nur durch den vom Rectum aus hackenförmig eingesetzten Finger nachweisbar — ausgeschlossen ist und ehe nicht auch die Ansatzstelle des Stils genau untersucht ist, soll nicht zur Operation geschritten werden. Kommt es doch auch vor, dass bei schlaffer und dünner Wandung der Gebärmutter der sich senkende Polyp die Wandung mit sich zieht und eine partielle Inversion hervorruft, so dass dieselbe noch für einen Teil des Stils gehalten werden kann.

Leicht und einfach ist die Diagnose des aus dem Muttermund getretenen Schleimhautpolypen durch das Gefühl und Auge. Ist der Schleimhautpolyp noch innerhalb der Gebärmutter, so bieten sich zu seiner Erkennung die oben erwähnten Schwierigkeiten wie beim fibrösen Polypen und ist die Erweiterung des Cervicalkanals unerlässlich.

Ehe wir zu der vollständigen Entfernung des Polypen schreiten können, sind wir oft genötigt, lange Zeit vorbereitende Schritte zu thun. Die Blutungen, die Schleim- und Eiterabsonderungen sind durch kalte Injectionen, durch Einspritzungen einer Ergotinlösung zu

mildern, der Allgemeinzustand ist durch Bettruhe und kräftige Ernährung, durch Arzneimittel wie Eisen und Chinin zu heben. Der Polyp selbst ist zuweilen durch Einlegen von Pressschwamm oder Incisionen in den Muttermund, manchmal auch durch Zangentractionen zugänglicher zu machen. Ist er aber durch den Muttermund hervorgetreten, dem Finger und den Instrumenten zugänglich, so gestaltet sich der operative Eingriff verhältnismässig einfach. Wenig empfehlenswert ist die Entfernung der Geschwulst mit dem Kettenecrasseur wegen der Gefahr die benachbarten Gewebsteile mitzuverletzen und der geringen Sicherheit gegen eine Blutung. Noch weniger Vorteile bietet das Abbinden mit einer Schlinge, eine Methode, die nach den Erfahrungen aus früherer Zeit heutzutage nicht mehr geübt werden darf, da Jauchung und Pyämie Blutungen, Venenentzündungen und Peritonitis das Gefolge sind. Auch die Torsion dürfte nur bei den Schleimhautpolypen mit ihrem dünnen und weichen Stil zu empfehlen sein.

Zweckmässiger ist wohl die Durchtrennung des Polypenstils mit der galvanocaustischen Schlinge, ein Verfahren, das freilich umständlich ist, einen gutwirkenden Apparat voraussetzt, und das trotzdem auch keine vollständige Sicherheit gegen Nachblutungen bietet.

Die einfachste für den praktischen Arzt zweckmässigste, jederzeit ausführbare Methode ist die Durchtrennung des Polypenstils mit dem Messer, oder noch besser mit der Cooper- oder Siebold'schen Scheere. Hat man die Geschwulst mit der Museux- oder Greenhalgéschen Hackenzange gefasst und angezogen, so genügen ein paar Scheerenschläge zur Durchtrennung, die mit der gehörigen Vorsicht möglichst weit oben vorgenommen wird. Meist zieht sich der Stilrest

ohne erhebliche Blutung zurück. Eine grössere Blutung wird durch Ätzung oder sorgfältige Tamponade mit Jodoformgaze sofort zum Stillstand gebracht. Wird mit der nötigen Umsicht vorgegangen, so ist die Operation geradezu gefahrlos, für die Patientin aber in vielen Fällen lebensrettend.

1. Fall. Frau R. H. aus W., 42 Jahre alt, hat 2 mal geboren. Als Kind stets gesund, zum erstenmale im 17. Jahre menstruiert, hatte sie ihre Periode regelmässig bis zum 20. Jahr. Seit der von da ab aufgetretenen Bleichsucht war die Periode unregelmässig, spärlich, aber schmerzlos. Nach der ersten Geburt im 21. Lebensjahr, die samt dem Wochenbett normal verlief, fühlte die Patientin links von der Gebärmutter eine zehnpfennigstückgrosse brennende Stelle. 12 Jahre darauf erfolgte die zweite Geburt mit normalem Wochenbett, aber ein halbes Jahr darauf scheint Patientin ohne bekannte Ursache eine heftige Bauchfellentzündung durchgemacht zu haben. Vor 4 Jahren begann Patientin fast jeden Tag ohne Schmerzen mehr oder weniger Blut durch die Scheide zu verlieren. Vor etwa 5 Monaten bemerkte Patientin eine kleinkinderfaustgrosse Geschwulst, die der herbeigerufene Arzt mit einer starken Nadel durchstiess und an der daran befestigten Schnur herausziehen wollte; der Versuch misslang, aber die früher nur ganz mässig bestandenen Harnbeschwerden wurden von da ab heftiger, so dass 4mal vollständige Harnverhaltung eintrat; die Blutungen dauerten fort, so dass Patientin im Zustand äusserster Erschöpfung in die Klinik kam.

Bei der Aufnahme am 16. Mai lässt sich bei der ausserordentlich abgemagerten, blutarmen Person der Fundus 4 Finger breit über der Symphyse tasten; links ist die Gebärmutter gegen Berührung sehr empfindlich, äussere Genitalien normal. Unmittelbar im Scheideneingang liegt ein fester, kugeliger, rötlichweisser, bei Berührung schmerzloser, innerhalb der Scheide nach allen Seiten abtastbarer, in der Mitte eingekerbter Tumor. Der grössere Teil des Tumors liegt nach hinten, komprimiert den

Mastdarm und ist sehr schwer beweglich, der äussere Muttermund ist nicht zu erreichen, bei den Bewegungsversuchen fliesst stinkendes braunes Blut in grösserer Menge ab. Die Behandlung richtet sich ausser Einspritzungen und Tamponade zur Blutstillung, in erster Linie auf die Kräftigung der blutarmen Patientin mit Ferrum Chinin und Wein. Nach sichtlicher Kräftigung werden Ende Juni und Anfang Juli fast täglich nahezu schmerzlose Traktionen an der Geschwulst vorgenommen, wodurch dieselbe tiefer gebracht und beweglicher gemacht wird. Einmal tritt Harnverhaltung ein, bei welcher teils durch den Katheter, teils freiwillig anderthalb Liter Urin entleert werden. Im Laufe des Monats August tritt eine langsame, aber ersichtliche Kräftigung des Gesamtorganismus ein. Anfangs September tritt nach heftigen, wehenartigen Schmerzen die Geschwulst in die Schamspalte und reisst beim Versuch, die Geschwulst mit beiden Händen zu fassen, der Damm weit, aber nicht tief ein. Am 13. September folgt die Geschwulst einer Traktion mit der Zange plötzlich bis vor die Scheide und wird der kaum daumendicke, kurze, nicht pulsierende, von der vorderen Uteruswand ausgehende Stiel sofort mit der Scheere durchschnitten. Die Gebärmutter zieht sich ohne Nachblutung kräftig zusammen. Dagegen zeigt sich ein 4 cm langer Scheidenriss an der hinteren Wand, die vordere Mastdarmwand und der Sphinkteranus $1\frac{1}{2}$ cm tief durchgerissen. Exakte Naht. Reinigung der Scheide und des Mastdarms. Opium. Diät.

In der Nacht vom 15. auf 16. September bekommt die seither fieber- und schmerzfreie Patientin einen Schüttelfrost. Temperatur 40. Die Portio vaginalis stark geschwellt, äusserst schmerzhaft. Trotz Opium dünner Stuhlgang, wovon sich ein Teil durch die Scheide entleert. Nach vorübergehender Besserung heftiges Erbrechen am 17.; Bauch etwas aufgetrieben, äusserst schmerzhaft. Temperatur 40. Am 19. stirbt Patientin nach heftiger Schmerzsteigerung und Auftreibung des Bauches. Der entfernte Polyp wog 590 Gramm, hatte einen kurzen, daumendicken, derben Stiel und ein sehr derbes, gleichmässiges, beim

Durchschneiden knirschendes Gefüge. Bei der Sektion zeigt sich auffallende Todtenstarre. Herz und Lunge äusserst blutarm, sonst normal. Die Pleura etwas getrübt. Diaphragma an der fünften Rippe. Milz sehr weich. Sämtliche Gedärme leicht mit einander verklebt durch einen gelblichen fibrinösen Niederschlag, der die ganze Oberfläche der sonst normalen Leber überzieht. In der Bauchhöhle finden sich ca. 1 1/2 Liter, dünner gelblicher Flüssigkeit. Die Corticalis beider Nieren etwas geschwunden. Scheide in der Gegend des Mastdarmrisses durchaus normal; in ihren oberen Partien mit einem blauschwarzen Belag versehen, an einzelnen Stellen geringe Erosionen, Endometrium normal. Die Wundfläche von gutem Aussehen, der auffallend weiche Uterus auf das normale reduziert. In der linken Tuba die Mucosa gerötet, geschwellt, in der rechten Tuba, die an einer Stelle bohnengross erweitert ist, reiner Eiter. Alte Adhäsionen zwischen Ovarium, Uterus und Eileiter mit zwei kleinen Cysten.

2. Fall. Frau M. S. aus H., 43 Jahre alt, hat viermal geboren. Seit einer Bauchfellentzündung vor zwei Jahren dauert die von heftigen wehenartigen Schmerzen begleitete Periode stets 8 bis 14 Tage, bis im November eine dreiwöchentliche ausserordentlich schwächende Blutung eintrat, bei der zugleich grosse brandige Fetzen abgingen. Nach zweimonatlicher Pause trat wiederum eine sehr schwächende Blutung ein; zugleich war in dieser Zeit Stuhlverhaltung vorhanden. Der zugezogene Arzt diagnostizierte einen nicht innerhalb der Gebärmutter befindlichen Polypen. Die Blutungen verringerten sich auf das verordnete Secale cornutum nur wenig, bis Patientin Ende April einmal bei der Defäkation eine aus der Scheide heraustretende Geschwulst bemerkte. Wiederholte Gaben von Secale cornutum vermehrten eher die Blutung, so dass die daraus entstandene Erschöpfung und der allmählig sich bildende übelriechende und ätzende Ausfluss, mit dem oft brandige Fetzen abgiengen, Patientin veranlassten, in der Klinik Hilfe zu suchen. Mitte Mai wurde gleich nach der Ankunft der Patientin ein faustgrosser, verjauchter, äusserst übelriechender Polyp, der sich leicht in die

Scheide herabziehen lässt, an seinem nicht sehr dicken Stiel mit der Siebold'schen Scheere abgeschnitten. Der Stiel zog sich sofort zurück, der Muttermund schloss sich. Der Polyp ist orangengross, fest, von derbem Gefüge und gleichmässiger Struktur, an seiner nach abwärts gerichteten Oberfläche leicht ulceriert, 160 Gramm schwer. Nach 4 Tagen wird Patientin geheilt entlassen.

3. Fall. Frau K. B. aus H., 50 Jahre alt, hat 5mal geboren, zum letztenmal im 42. Lebensjahr. Geburten und Wochenbett waren normal. Im 16. Lebensjahr zum erstenmal menstruiert, will sie bis vor einem halben Jahr die Periode regelmässig, aber in letzter Zeit auffallend stark gehabt haben. Seit einem halben Jahr traten häufige schmerzliche Blutungen ein, die die Kranke in ihrem Kräftezustand herunterbrachten; ausser geringen Kreuzschmerzen hat Patientin sonst keine Klage. Bei der Aufnahme am 5. Mai findet sich bei der sehr anämischen und schlecht genährten Frau ein apfelgrosser Tumor aus dem zweimarkstückgrossen Muttermund hervorragend. Derselbe sitzt an der unteren Uteruswand mit einem breiten Stiel fest. Nach roborierender Diät wird am 22. Mai unter Leitung der Finger der Polyp mit der Siebold'schen Scheere exstirpiert. Der Stiel zog sich sofort zurück. Tamponade. Der Polyp wog 50 Gramm, war apfelgross, und wie sein Stiel von derber Beschaffenheit.

4. Fall. Frau G. hat 1mal geboren und sucht wegen heftigen Blutungen in den letzten Monaten die Klinik auf. Bei der Untersuchung der sehr anämischen Patientin ist ein fast kindskopfgrosser Polyp in der stark ausgedehnten Scheide zu konstatieren. Die Gebärmutter geht beinahe bis zum Nabel herauf. Unter Leitung von 2 Fingern wurde der Stiel dicht am äussern Muttermund mit der krummen Scheere durchschnitten und zum Zweck der Extraktion die kleine Geburtszange angelegt. Die starke Spannung des Dammes machte eine Incision mit der Scheere nach links und hinten nötig und wurde hierauf der Polyp langsam entwickelt. Blutung und Schmerzen während der ganzen Operation gering.

Die Incision wurde genäht. Acht Tage nach der Operation bekam Patientin plötzlich Fieber und heftige Schmerzen in der Unterbauchgegend, worauf sich am 6. Tage plötzlich mit dem Stuhlgang etwa ein Schoppen gelbgrünen Eiters durch den Mastdarm entleerte. Die vorher deutlich an der rechten Unterbauchgegend abtastbare parametristische Geschwulst hatte sich erheblich verkleinert und resorbierte sich auf Einspritzungen von Kreuznacher Mutterlauge und innerlichem Gebrauch von Jodkalium in wenigen Wochen. Der entfernte Polyp wog 378 Gramm, war ungewöhnlich derb und fest wie sein etwa 4 cm dicker Stiel und von durchaus gleichmässiger Struktur.

5. Fall. Frau K. O., 40 Jahre alt, hat 2mal geboren, 1mal abortirt. Am 21. Juni wurde ein walnussgrosser, 28 Gramm schwerer, derber, fibröser Polyp ohne Schwierigkeit mit der Scheere entfernt und die vorher blutarme und geschwächte Patientin geheilt in kürzester Zeit entlassen.

6. Fall. Frau K. B., 50 Jahre alt, mit 20 Jahren zum erstenmal und immer unregelmässig und mit Schmerzen menstruiert, hat innerhalb 3 Jahren 3 Kinder leicht geboren. Vor 4 Jahren trat nach einer Alteration eine heftige Blutung auf (ob zur Zeit der Periode, ist nicht zu eruieren). Patientin lag ohne Schmerzen vier Monate zu Bett und verlor sehr viel Blut. Der Arzt fand eine Geschwulst. Zwei Jahre lang traten stärkere Blutungen nur zur Zeit der Periode auf. Vor anderthalb Jahren erfolgte bei angestrengter Arbeit — nachdem Patientin kurz zuvor zum erstenmal etwas von einer Geschwulst gespürt haben will — eine starke Blutung mit vorübergehendem Schmerz auf, welche sich einige Tage hindurch wiederholte; dann traten nur in längeren Zwischenräumen kleinere Blutungen auf. Vor einem Vierteljahr trat die Geschwulst einmal apfelgross sichtbar vor die Geschlechtsteile, verschwand aber wieder. Seit 6 Wochen wiederum stärkere Blutverluste und in der Zwischenzeit gelblich übelriechender Ausfluss. Patientin wurde allmählich sehr schwach und bekam Appetitlosigkeit, Verstopfung, Kreuzschmerzen und Brennen beim Wasserlassen. Bei der Aufnahme am 26. Mai

liegt in der Scheide ein kindskopfgrosser, runder Tumor von fleischharter Konsistenz, dessen Oberfläche glatt, gerötet, von erweiterten, blutreichen Gefässen durchzogen ist. Der Muttermund ist nicht zu erreichen. Nach hinten zu verjüngt sich der Tumor. Der Fundus Uteri ist über der Symphyse zu tasten, kein Uterinalgeräusch. Etwas Kollostrum ist in den Brüsten. Roborierende Diät.

Alle zwei Tage werden Traktionen vorgenommen, um den Stiel zugänglicher zu machen. Ergotininjektionen. Geringer Blut-, reichlicher Eiterabgang. Ende Juni kann der Polyp bis beinahe vor die Schamspalte gezogen werden. Die Mitte Juli angesetzte Operation musste verschoben werden, weil selbst durch starke Traktionen die vorgefundene Einschnürung in den Muttermund und Verwachsungen der Geschwulst mit demselben nicht vollständig zu lösen waren. Fortsetzung der Traktionen. Am 10. August wurde der mit der Zange bis vor die Genitalien gebrachte Polyp dicht am Muttermund mit der Siebold'schen Scheere abgeschnitten. Erhebliche Blutung. Tamponade. Ein eintretender Collaps wird durch Kampherinjektionen beseitigt. Zwei Tage nach der Operation Schmerzen im Bauch, Verstopfung. Geringes Fieber. Ende August und Anfangs September Inquinaldrüsenschwellung; leichter, nicht riechender Ausfluss. Ende September wird an der hinteren Wand des für zwei Finger gut durchgängigen Cervikalkanals ein haselnussgrosser, gestielter Tumor mit zerklüfteter Oberfläche entdeckt und sofort mit der Siebold'schen Scheere entfernt. Die vorher weiche Vaginalportion kontrahiert sich und wird hart. Tamponade. Ergotin.

Nach Aufhören des Ausflusses wird Patientin am 6. Oktober geheilt entlassen. Der entfernte Polyp ist kindskopfgross, beinahe rund, ist sehr derb und gleichmässig hart und wiegt 429 Gramm. Der 4 cm dicke Stiel ist gleichfalls derb und hart.

7. Fall. Frau E. K. aus E., 30 Jahre alt, hat einmal geboren. Im 15. Lebensjahr zum erstenmal und von da ab regelmässig und schmerzlos menstruiert. Vor 2 Jahren will Patientin zum erstenmal bemerkt haben, dass die Periode länger dauere

und stärker sei als früher. Die eigentliche Dauer ihrer Krankheit rechnet Patientin seit sechs Monaten, wo sie während der Periode acht Tage lang heftig geblutet habe, so dass sie ausserordentlich geschwächt wurde. Der untersuchende Arzt habe in seiner Ansicht zwischen einer Umstülpung und einem Gewächs der Gebärmutter geschwankt. Seit dieser Zeit sei die Periode beinahe regelmässig und schmerzlos, aber immer mit äusserst heftiger Blutung aufgetreten, so dass ihre Kräfte bedeutend abnahmen, das übrige Allgemeinbefinden war ungestört. In den Zwischenräumen zwischen zwei Perioden sei nur bei angestrengter Arbeit etwas Blut abgegangen. Bei der Untersuchung am 8. Mai findet sich ein in der Vagina frei beweglicher, annähernd gänseeigrosser Tumor mit glatter Oberfläche, ziemlich derb, die Scheide beinahe ganz ausfüllend. Der Stiel von etwa Daumendicke lässt sich durch den äusseren, markstückgross erweiterten, etwas umgestülpten Muttermund bis einige cm über die hintere Muttermundlippe an der hinteren Wand der Portio vaginalis verfolgen, wo er mit breiter Basis aufzusitzen scheint. Die Gebärmutter ist retroflektiert und etwas vergrössert, derb anzufühlen. Am 28. Mai erfolgt ohne Zwischenfall die Abtragung des Polypen mit der Scheere. Der Polyp ist gänseeigross, länglich, derb, gleichmässig fest, 134 Gramm schwer. Der Stiel kurz, derb fingerdick.

8. Fall. Frau W. G. aus P., 42 Jahre alt, hat 4mal geboren; Patientin bekam die Periode zum erstenmal im 22. Lebensjahr, dieselbe war anfangs sehr unregelmässig, nachdem sie aber geboren hatte, trat die Menstruation regelmässig ein. Seit einem Abortus vor 5 Jahren blutet Patientin in unregelmässigen Zwischenräumen mehr oder weniger stark, in der letzten Zeit stellte sich täglich ein blutigtingierter scharfer Ausfluss ein. Schmerzen hatte Patientin nie.

Bei der Aufnahme am 22. März ist in der Scheide ein hühnereigrosser, leicht blutender, dünngestielter, fibröser Polyp zu fühlen, der seinen Ansatz rechts im Cervikalkanal nimmt. Die Excision geschieht fast ohne Blutung. Der entfernte Polyp ist

sehr derb und hart, 59 Gramm schwer, sein Stiel lang und dünn. Am 1. April wird Patientin geheilt entlassen.

9. Fall. Frau B. E. von D., 44 Jahre alt, hat 3mal geboren. Verschiedene heftige aber nicht schmerzhafte Blutungen, durch welche sie in ihrem Kräftezustand bedeutend heruntergebracht wird, nötigen sie, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Bei der Aufnahme findet sich bei der sehr stark anämischen Frau ein kinderfaustgrosser Polyp in der Scheide liegen. Der Muttermund schliesst sich an den fingerdicken Stiel an. Bei der sofortigen Operation wird der Polyp mit der Museux'schen Hakenzange vor die Schamspalte herabgezogen und mit der Siebold'schen Scheere abgeschnitten. Blutungen und Schmerzen waren äusserst gering; nachdem sich in den ersten Tagen ein mässiger Ausfluss eingestellt hatte, wurde Patientin ohne Ausfluss nach acht Tagen geheilt entlassen. Der kleinhühnereigrosse Polyp wog 70 Gramm, war derb und hart, der Stiel auffallend dick und lang.

10. Fall. M. W. von W., ledig, 55 Jahre alt, hatte nach vorausgegangenen Blutungen und geringen Schmerzen im Unterleib sechs Wochen vor der Aufnahme in die Klinik bemerkt, dass von selbst ein haselnussgrosses Fleischstück abgegangen war. Bei der Aufnahme am 2. Oktober fand sich ein etwa eigrosser Polyp mit dickem kurzem Stiel. Da die Excision des Polypen bei dem dicken und kurzen Ansatz und den jungfräulichen Genitalien nicht gelang, so wurde die Abtragung mit dem Maisoneuve'schen Constricteur leicht und ohne jede Blutung gemacht. Der Polyp wog 70 Gramm, war derb, der Stiel sehr kurz und dick. Nach wenigen Tagen wurde Patientin geheilt entlassen.

11. Fall. A. W. aus K., ledig, 65 Jahre alt, wird wegen Blutung am 12. Februar aufgenommen; der bei der Untersuchung entdeckte faustgrosse Polyp wird sofort mit der Siebold'schen Scheere entfernt. Er wog 145 Gramm, war derb, fibrös. Am 3. März wird Patientin geheilt entlassen.

12. Fall. S. G. von St., verheiratet, 28 Jahre alt, hat nicht

geboren. Wegen Schmerzen und unregelmässiger Blutung in die Klinik aufgenommen. Die Untersuchung ergiebt einen kleinapfelgrossen Polypen des Cervikalkanals, der mit der Siebold'schen Scheere entfernt wird, 53 Gramm wog, derb und fibrös war. Heilung und Entlassung nach wenigen Tagen.

13. Fall. Frau A. M. B. von U., 49 Jahre alt, verheiratet, hat 2mal geboren. Lebhafte Schmerzen, Druck und Völle im Becken, sowie Blutungen nötigen sie in die Klinik. Nach der Aufnahme am 21. Juni wird mit der Siebold'schen Scheere sofort ein kindskopfgrosser, beinahe runder, äusserst derber und harter Polyp abgetragen. Die Geschwulst wog 480 Gramm, der mässig lange Stiel war 3—4 cm dick. Die Patientin geheilt entlassen am 28. Juni.

14. Fall. Frau Ph. R. aus W., 44 Jahre alt, hat 1mal geboren. Nach der Aufnahme am 17. November wird sofort ein orangegrosser, derber, beinahe runder, fibröser Polyp im Gewicht von 178 Gramm mit der Siebold'schen Scheere entfernt und die Patientin nach einigen Tagen entlassen.

15. Fall. A. B. aus W., ledig, 49 Jahre alt, wird am 28. Februar in die Klinik aufgenommen. Der mit der Scheere excidirte Polyp war birnförmig, sehr derb und wog 133 Gramm, ebenso war der kleinfingerdicke Stiel auffallend derb. Patientin wurde am 23. April geheilt entlassen.

16. Fall. Frau L. aus U., 35 Jahre alt, verheiratet, hat 1mal geboren. Nach der wegen Schmerzen und Blutungen erbetenen Aufnahme ergiebt die Untersuchung einen kleinapfelgrossen, aus dem Muttermund herausragenden Polypen. Die Entfernung desselben mit der Scheere geschieht leicht und ergiebt einen länglich runden, derben, 31 Gramm schweren, fibrösen Polypen. Die Entlassung der geheilten Patientin erfolgt in kurzer Zeit.

17. Fall. Fräulein St. aus H., 36 Jahre alt, wird am 27. Juli aufgenommen und nach einer glatten Operation mit der Siebold'schen Scheere und Entfernung eines apfelgrossen, sehr derben, 61 Gramm schweren Polypen am 31. Juli geheilt entlassen.

18. Fall. Frau A. K. von R., 49 Jahre alt, Mutter von 6 Kindern, wird am 28. Juli wegen Schmerzen im Unterleib und Blutungen aufgenommen und sofort von ihrem fibrösen Polypen mit der Scheere befreit. Der derbe Polyp wiegt 44 Gramm. Die Entlassung der Patientin erfolgt als geheilt am 3. August.

19. Fall. Frau T. aus H., 44 Jahre alt, hat 3mal geboren. Nach der Aufnahme am 17. Juli wird ohne Mühe ein hühnereigrosser Polyp aus dem Muttermund entfernt und die Patientin nach Abtragung der 65 Gramm schweren, sehr derben Geschwulst am 20. Juli geheilt entlassen.

20. Fall. Frau F. von S., 41 Jahre alt, hat 3mal geboren. Das letztemal vor 18 Jahren und war bis vor 3 1/2 Jahren stets gesund. Seit dieser Zeit traten stärkere Blutverluste bei der Periode auf, welche auch zugleich schmerzhaft wurde. Seit zwei Jahren stellten sich profuse Blutungen mit Kreuzschmerzen ein nebst Abgang schleimig-blutiger Flüssigkeit. Bei der Untersuchung fand sich ein apfelgrosser, derber Polyp, welcher mit einem kurzen, breiten, derben Stiel von der hinteren Wand des weit geöffneten Cervix ausgieng. Der Polyp wurde mit einer Hakenzange gefasst und in der Vagina mit der Scheere abgeschnitten; er wog 146 Gramm, war fest und derb. Blutung gering. Genesung erfolgte in kürzester Zeit.

21. Fall. Frau A. L., 36 Jahre alt, hat nicht geboren. Die Patientin litt seit langer Zeit an Kreuzschmerzen, Blutungen und schleimig-eitrigem Ausfluss. Der in der Scheide gefundene, hühnereigrosse, derbe Polyp, dessen Stiel lang von der hinteren Wand des Cervix ausgieng wurde mit der Scheere in der Vagina abgetragen. Die Blutung war gering und die Heilung erfolgte alsbald.

22. Fall. Fräulein A. M., 28 Jahre alt, von jeher stark menstruiert und mit Krämpfen behaftet, leidet seit 1 1/2 Jahren an heftigen Schmerzen bei der Defäkation, während früher auch noch Beschwerden von Seite der Blase da waren, als häufiger Harndrang und Schmerzen beim Wasserlassen; schleimiger, häufig mit Blut untermischter Ausfluss soll früher stark vor-

handen gewesen sein. Genitalien virginal. In der ziemlich weiten Scheide liegt ein apfelgrosser, runder, glatter, fester, derber, leicht beweglicher Polyp, von der hinteren Wand des Cervix ausgehend. Der Polyp wird mit der Scheere abgetragen, bei der Extraktion reisst das Hymen ein; Blutung ganz gering. Die Beschwerden von Seiten des Mastdarms sowohl, als der Ausfluss verlieren sich sofort. Rasche Heilung.

23. Fall. Frau Witwe B. S., 61 Jahre alt, hat 3mal, das letztemal vor 21 Jahren leicht geboren. Sie verlor die Periode im 48. Jahr und war bis vor 3 Jahren gesund. Seit dieser Zeit traten Blutungen und Ausfluss auf, aber keine Schmerzen. Seit 1 1/2 Jahren etwa hatte sie das Gefühl, als ob ein fremder Körper sich zur Scheide herausdrängen wollte. Bei der Untersuchung findet sich in dem weitklaffenden Scheideneingang ein apfelgrosser, lang und dünn gestielter, fibröser Polyp mit glatter Oberfläche. Derselbe lässt sich bis vor den Scheideneingang herabziehen, worauf hoch oben der dünne, nicht besonders feste Stiel abgeschnitten wird. Der Polyp wog 124 Gramm. Keine Blutung, rasche Genesung.

24. Fall. Frau F. S., 44 Jahre alt, hat 2mal geboren, das letztemal vor 15 Jahren. Seit 1 1/2 Jahren treten sowohl bei der Periode, als ausserhalb derselben profuse Blutungen auf, auch soll Abgang von Schleim schon seit 2 Jahren andauern, dagegen waren nie Schmerzen vorhanden. Bei der Untersuchung findet sich in der Höhle des Uterus ein wallnussgrosser, derber Polyp, welcher mit der Hakenzange gefasst, sich nur soweit herabziehen lässt, dass seine Entfernung hoch oben in der Scheide mit der Scheere nötig war. Der Polyp war 38 Gramm schwer, fest und derb. Die Blutung war mässig. Die Heilung erfolgte rasch.

25. Fall. Frau C. R. aus A., 50 Jahre alt. Patientin war früher stets gesund und normal menstruiert, hat 10mal geboren, das erstemal Zwillinge. Sämtliche Geburten und Wochenbetten verliefen durchaus normal. Vor etwa 1 1/2 Jahren traten die Menses zwar immer noch zur Zeit, aber äusserst profus auf.

Dazu gesellte sich bald Stuhlverstopfung und ein lästiges Gefühl bei dem nicht häufiger als sonst erfolgenden Urinieren. Mit 12 Wochen cessierten die Menses, bis vor 14 Tagen eine, wenn auch nicht ganz so profuse Blutung wie früher, eintrat.

Nach der ersten Untersuchung fand sich eine normale, aber weit klaffende Scheide. Im Cervikalkanal ein fast wallnussgrosser, lang gestielter, leicht beweglicher Polyp. Der Fundus uteri fest, hart, über faustgross. Die Gebärmutter ist spitzwinklig nach hinten zu geknickt. Am Tage der Aufnahme, dem 25. Juni, Entfernung des Polypen mit der Siebold'schen Scheere. Ätzung mit Lapis infernalis.

Nach Einlegung eines Hodge'schen Pessars, das gut ertragen wird, wurde Patientin am 7. Juli entlassen.

26. Fall. Frau K. B., 44 Jahre alt, hat einmal geboren, war früher stets gesund, war vom 17. Lebensjahr an bis vor 4 Jahren stets regelmässig und ohne Schmerzen menstruiert. Vor 4 Jahren bekam die Kranke in der Zeit zwischen zwei Menstruationen plötzlich eine profuse Metrorrhagie, die 3 Tage anhielt und dann von selbst aufhörte. Seit dieser Zeit wiederholten sich die Blutungen mehr oder weniger profus, seit den letzten Dreivierteljahren ging in geringer Quantität Blut kontinuierlich ab. Ausser den Blutungen stellte sich eine reichliche Absonderung gelblichgrauen Schleims aus den Genitalien ein. Mit Ausnahme eines unangenehmen Gefühls von Schwere und Völle in den inneren Geschlechtsteilen hat Patientin nie andere Schmerzen gehabt. In Folge der jahrelang anhaltenden Blutungen kam sie sehr herunter, magerte bedeutend ab, konnte wegen Schwäche ihren häuslichen Arbeiten nicht mehr nachkommen und war auch geistig sehr deprimiert, da sie ihr Leiden für unheilbar hielt. Durch volle 4 Jahre wurde sie mit Medizin behandelt, ohne einmal innerlich untersucht worden zu sein. Kurze Zeit vor ihrer Aufnahme konsultierte sie einen anderen Arzt, der ihr nach Erkennung des Leidens den Eintritt in die Klinik anriet.

Die kleine Patientin war bei der ersten Untersuchung blass,

mager, mit gelblicher Haut, schlaffer, schwacher Muskulatur und grazilem Körperbau; sonst gesund. In der weiten, schlaffen Scheide fand sich die obere Hälfte von einem hühnereigrossen, birnförmigen, glatten, derben Tumor ausgefüllt, welcher mit einem 2 cm dicken Stiel aus der Cervikalhöhle hervorkam. Die Muttermundslippen umgaben den Stiel lose, so dass man neben demselben leicht mit dem Finger in die Höhle des Cervix eindringen konnte. Über der Symphyse ist ein kleinfaustgrosser, runder, glatter, derber Körper zu tasten, der sich bei der inneren Untersuchung als der vergrösserte Uterus herausstellte. Die Schleimhaut der Scheide ist mit gelbem, zähem Schleim bedeckt, sonst jedoch nicht krankhaft verändert. Patientin klagt über grosse Schwäche, Appetitmangel. Die Diagnose eines fibrösen Polypen war gesichert, da der Polyp mit dem Finger sehr gut umgangen und sein dünner Stiel in der Cervikalhöhle deutlich gefühlt werden konnte, ausserdem aber der über der Symphyse vergrössert, rund und glatt nachgewiesene Uteruskörper die Verwechslung mit Inversion ausschloss.

Patientin wurde im Bett mit erhöhtem Becken gelagert, der Polyp mit der Museux'schen Hakenzange gefasst, angezogen und vom Assistenten fixiert. Unter Leitung des Zeige- und Mittelfingers der linken Hand wurde der Stiel mit einer starken, nach der Fläche gekrümmten Scheere durchschnitten. Die geringe Blutung wurde durch eine Einspritzung gestillt. Mittelst des durch den klaffenden Muttermund eingeführten Fingers überzeugte man sich, dass bloss ein ganz kleiner Rest des Stiels an der hinteren Wand der Cervikalhöhle zurückgeblieben war. Der nach 6 Stunden entfernte Tampon zeigte keine Blutspuren. Patientin wurde am 7. Tage nach der Operation geheilt entlassen. Der Polyp war hühnereigross, bestand zum grössten Teil aus Bindegewebsfasern, welchen jedoch auch eine beträchtliche Menge glatter Muskelfasern beigemengt waren. Der Gefässreichtum war besonders im Zentrum der durchschnittenen Geschwulst erheblich.

27. Fall. L. J., 33 Jahre alt, hat nicht geboren. Pa-

tientin litt seit 3 Jahren an Menstruationsstörungen, welche teils in Unregelmässigkeiten des Eintritts, teils in allzu reichlicher Absonderung des Menstrualbluts bestanden. In den letzten 2 Jahren wurden die Blutungen immer profuser, kehrten häufiger wieder und auch in den Zwischenräumen bemerkte die Kranke einen reichlichen Ausfluss von fleischwasserähnlicher Flüssigkeit. Die Kranke, welche mit Ausnahme der erwähnten Blutungen und den Erscheinungen hochgradiger Anämie über keine Beschwerden, namentlich über keinen Schmerz in den Geschlechtsteilen zu klagen hatte, wurde durch die ganze Dauer ihrer Krankheit mit inneren Mitteln behandelt.

Bei der Aufnahme am 28. Juli fand man eine ziemlich wohlgenährte, kräftige, fieberlose Frau, bei welcher ausser Anämie weder in den Organen der Brust- noch Unterleibshöhle etwas Krankhaftes nachgewiesen werden konnte.

Bei der Vaginalexploration stiess der Finger auf eine kindskopfgrosse, bis in das untere Dritteil der Scheide herabragende, feste, schmerzlose Geschwulst, welche nach oben allmählich abnahm und mit einem etwa 4 cm dicken Stiel aus der Muttermundsöffnung hervorkam. Der scharfkantige Muttermundsrand umgab den Stiel ziemlich fest, so dass man den Finger schwer zwischen ihm und dem Stiel einführen konnte und daher die Infektionsstelle der Geschwulst nicht erreichte.

Über der Symphyse war der mässig vergrösserte Uteruskörper leicht nachzuweisen.

Der mit der Hakenzange herabgezogene Stiel wurde mit der krummen Scheere durchschnitten. Ganz geringe Blutung. Der ca. 3 cm dicke Stiel war knapp am Muttermund abgeschnitten und zog sich bald nach der Operation etwas in die Cervikalhöhle zurück. Tamponade. Entlassung nach 3 Tagen. Der Polyp kindskopfgross, war fest, derb, gefässreich, besonders erschienen die venösen Gefässe von grossem Kaliber.

28. Fall. E. L., 45 Jahre alt, hat 3mal leicht geboren, das letztemal vor 8 Jahren, war früher stets gesund und vom 15. Lebensjahr an normal menstruiert. Vor 1 1/2 Jahren stellten

sich ohne besondere äussere Veranlassung Blutungen ein, die mit Unterbrechungen von 1—14 Tagen sich bis jetzt immer wiederholten und die Kranke hochgradig erschöpften. Lange Zeit hindurch war sie vergeblich mit Hausmitteln und Arzneien behandelt worden.

Die Untersuchung der blassen, in hohem Grad hinfälligen, sonst kräftig gebauten Frau ergab einen hühnereigrossen, kurzgestielten, von der vorderen Muttermundslippe ausgehenden, birnförmigen, von beiden Seiten etwas abgeflachten, glatten, festen Tumor, der bei Berührung schmerzlos war. Sonst war ausser einem bedeutenden blennorrhoischen Ausfluss aus der Vagina nichts Abnormes zu entdecken. Bei der Aufnahme und Untersuchung blutete die Kranke nicht.

Die fieberlose Patientin wurde reichlich ernährt und 3mal täglich 1 Gramm Ferrum carb. sacch. gereicht. Die Scheide wurde 3mal täglich durch Ausspritzungen gereinigt. Am 5. Tage nach der Aufnahme fand mit der Scheere die ganz glatt verlaufende Operation statt und Patientin wurde genesen entlassen.

29. Fall. Frau J. P., 35 Jahre alt, stets gesund, mit normaler Menstruation vom 16. Lebensjahr an, hat 5mal, das letztemal vor 4 Jahren, geboren, die Geburten waren alle leicht. Seit 2 Jahren blutet die Kranke fast ununterbrochen, nur dass die Blutungen anfangs nicht so profus waren. Im letzten Monat vor der Aufnahme in die Klinik waren die Blutungen so bedeutend, dass die Kranke aufs äusserste erschöpft und fast sterbend in die Anstalt gebracht wurde, nachdem einige Tage zuvor wiederholt heftige Versuche gemacht worden waren, den Tumor mit der Hand aus der Scheide zu entfernen, welche jedoch nicht gelangen. Bei der Aufnahme fand man eine mittelgrosse, magere, zart gebaute Kranke mit marmorblasser Haut, blassen Lippen und sonstigen sichtbaren Schleimhäuten. Der Puls war klein, kaum fühlbar, sehr frequent, Respiration beschleunigt; die physikalische Untersuchung ergab, mit Ausnahme von anämischem Gefässgeräusche und einem Bronchialkatarrh,

nichts Abnormes. Der Unterleib war mässig aufgetrieben, bei Druck in der rechten Inquinalgegend empfindlich, daselbst eine umschriebene Resistenz in der Breite von 4—5 cm zu tasten. Die Kranke hatte eine trockene, belegte Zunge; spontane Schmerzen gab sie nirgends an. Die innere Untersuchung ergab einen gänseeigrossen, festen, glatten, vorn im Umfang von 3 cm ulcerierten, eiförmigen, kurz und dick gestielten, von der vorderen Muttermundslippe ausgehenden Tumor, der bei der Berührung etwas schmerzte und an der ulcerierten Stelle blutete. Ausserdem war eine bedeutende Scheidenblennorrhöe vorhanden. Das Fieber wich bald unter der entsprechenden Behandlung, die Blutungen wurden durch Tamponade und Injektionen mit ferum sesquichloratumlösung hintangehalten. Bei der tonisierenden Behandlung erholte sich Patientin rasch. Das Peritonealexsudat resorbierte sich und nach 4 Wochen wurde Patientin ohne Zwischenfall operiert und zwar wieder mit der Scheere und dann bald geheilt entlassen.

30. Fall. K. D. aus D., 46 Jahre alt, ledig, war früher immer ganz regelmässig und schmerzlos menstruiert. Vor 13 Jahren hatte sie eine Geburt, welche, wie auch das Wochenbett, normal verlief. Die Periode blieb ganz regelmässig. Seit 6 Jahren klagt Patientin über Herzklopfen und Atemnot, Husten war ganz wenig vorhanden; vor 2 Jahren will sie Blut gehustet haben, zugleich traten asthmatische Anfälle auf. Seit 4 Jahren merkt sie, dass die Periode länger dauert; die Blutungen steigerten sich so, dass sie seit 2 Jahren fast ununterbrochen blutet. Die Blutverluste nötigen sie, das Bett aufzusuchen, wo dann die Blutung steht.

Die Untersuchung am 26. Mai ergiebt Emphysem; die innere Untersuchung ergiebt zwei erbsengrosse, rosarote Schleimpolypen, die an ihren dünnen Stielen am Cervix mit der Polypenzange torquirt werden. Ätzung mit Höllenstein. Am 6. Juni geheilt entlassen. Blutung ist keine eingetreten.

31. Fall. Frau C. L., 52 Jahre alt. Patientin bekam ihre Periode zum erstenmal im 18. Lebensjahr; sie war stets

normal. Im 24. Jahr gebar sie und scheint nach einer normal verlaufenen Geburt eine linksseitige Parametritis bekommen zu haben. Sie hatte eine apfelgrosse Geschwulst an der linken Seite des Bauches, Fieber, Schmerzen und schmerzhaften Stuhlgang. Sie lag 4 Wochen zu Bett. Seit dieser Zeit bis zum 49. Jahr war dann die Periode ganz regelmässig; doch blieb die Periode einigemal aus und kam dann um so stärker, ohne dass Patientin aber angeben kann, ob dies etwa ein Abortus war. Im 49. Lebensjahr dauerte die Periode einmal 3 Wochen, während sie dann später wieder blos 2—3 Tage dauerte, auch wurde ein weisser Ausfluss aus den Genitalien stärker. Die Blutung wiederholte sich in den nächsten 2 Jahren noch 2mal.

Die Untersuchung am 26. Mai zeigte einen wallnussgrossen, sehr beweglichen, dünngestielten Schleimpolypen in der Scheide liegend, welcher mit der Scheere leicht abgetragen werden konnte. Mässige Blutung. Am 5. Juni wird Patientin entlassen; ein kleines Geschwür ist aber noch trotz wiederholter Ätzung vorhanden.

32. Fall. Frau K. H. aus N., 49 Jahre, hat 2mal geboren und einmal abortiert. Seit dem 18. Jahr war Patientin regelmässig und schmerzlos menstruiert. Vor etwa 2 Jahren wurde die Periode unregelmässig und ziemlich profus. Dann blieb sie längere Zeit aus, manchmal ein Vierteljahr lang. Seit etwa einem Jahr cessieren die Menses vollständig, es trat aber ein gelblicher Ausfluss ein, der aber allmählich besser wurde. Seit einiger Zeit hat Patientin über Magendrücken, Beklemmungen der Brust, Kopfweh und dergleichen zu klagen. Vorübergehend trat Aphonie ein; auch der Globus hystericus war vorhanden. Seither hat sie auch Kreuzschmerzen und Stechen im ganzen Leib; dagegen keine Beschwerden beim Absetzen von Stuhl und Urin. Appetit ziemlich gut.

Bei der Aufnahme am 29. Januar ist der Uterus vergrössert. Die Sonde dringt in Anteflexionsrichtung 7 cm weit in die Höhle ein; im Muttermund sind zwei kirschgrosse

Schleimpolypen, welche mit der Zange gefasst und mit der krummen Scheere durchschnitten werden.

Am 10. Februar wird Patientin geheilt entlassen.

33. Fall. Frau B. N., 40 Jahre alt, war früher stets gesund, normal menstruiert, hat aber nie geboren. Seit 7 Monaten, giebt Patientin an, blute sie zeitweise heftig aus den Geschlechtsteilen. Vor 2 Monaten habe sie eine Geschwulst zwischen den grossen Schamlefzen gefühlt, die bei der Berührung nicht schmerzhaft, aber beweglich war. Bei der Untersuchung der kräftigen, gut genährten Person fand man zwischen den Labien eine beinahe hühnereigrosse, rosenrote, glatte, weiche Geschwulst, die sich im Introitus vaginae hin und her bewegen liess, schmerzlos war und an einem 10 cm langen, mässig dicken Stiele hing, der von der hinteren Muttermundslippe ausgieng und dieselbe Konsistenz wie der Tumor hatte. Am Tag nach der Aufnahme wurde die Kranke operiert; sie wurde mit erhöhtem Kreuz im Bett gelagert, der Polyp mit der Museux'schen Zange gefasst, soweit es gieng, herabgezogen, die Zange dem Assistenten übergeben und die Geschwulst mit der krummen Scheere abgetragen, nachdem man mit dem Zeige- und Mittelfinger der linken Hand über dem Tumor hinweg zu dem Stiele gelangt war. Der Polyp bestand aus der hypertrophierten Schleimhaut und den erweiterten Follikeln derselben, deren einzelne bis zur Grösse einer kleinen Bohne ausgedehnt und mit einer gelblich grauen, synoviaartigen Flüssigkeit gefüllt war, ebenso war submucöses Bindegewebe in ziemlicher Menge vorhanden. Die Blutung war gleich Null. Am zweiten Tage nach der Operation wurde die Frau geheilt entlassen.

34. Fall. Frau V. F., 46 Jahre alt, hat nicht geboren. Patientin leidet seit 1 1/2 Jahren an profusen Metrorrhagien, in Folge deren sich ein hoher Grad von Anämie entwickelt hatte. Bei der Untersuchung fand man einen länglichen, weichen Polypen von der Grösse einer welschen Nuss, dessen 4 cm langer Stiel am obersten Teil der vorderen Wand der Cervikalhöhle festsass und für den Finger leicht zugängig war. Die

Nachgiebigkeit der Muttermundsöffnung, welche gestattete, den Finger bis an die Insertionsstelle der Geschwulst einzuführen, machte diesen Fall für die Vornahme der Torsion geeignet. Der Polyp wurde mit der Polypenzange gefasst und der Stiel hierauf durch mehrere Drehungen der Zange um ihre Achse getrennt. Der entfernte Polyp bestand aus einer ziemlich dicken Epithelienlage, unter welcher sich eine beträchtliche Lage von Bindegewebe befand, welche hirse- bis erbsengrosse Höhlen enthielt, die mit einer klebrigen, gelblich-braunen, fadenziehenden Flüssigkeit gefüllt waren. Die Kranke verlor bei der Operation eine geringe Quantität Blut und verlies bereits am andern Tag das Spital.

35. Fall. Frau S. M., 40 Jahre alt, hat nicht geboren. Die Kranke litt seit einem Jahr an profuser Menstruation. 10 Tage vor ihrer Aufnahme hob sie während der Menstruation eine schwere Last und verspürte sofort heftige Schmerzen im Kreuz, worauf sie unter Hitze und Kälte erkrankte. 8 Tag nach ihrer Erkrankung trat Harnverhaltung auf und dieser Umstand bewog die Kranke, Hilfe in der Klinik zu suchen. Bei der Aufnahme am 30. August fand man eine grosse, kräftig gebaute, fiebernde Kranke mit aufgetriebenem, schmerzhaftem Unterleib. Von der Symphyse bis zum Nabel konnte man eine prall gespannte, dunkel fluktuierende Geschwulst tasten, welche bei Berührung sehr schmerzhaft war. Bei der Vaginal-Exploration fand man das Gewölbe der Scheide von einer kindskopfgrossen, prall gespannten, dunkel fluktuierenden, bei Druck sehr schmerzhaften Geschwulst ausgefüllt, welche den Uterus nach oben und vorn vordrängte, so dass sein Scheidenteil fest an die Symphyse zu liegen kam und schwer zu erreichen war. Aus dem Vaginalostium ragte an einem dünnen, langen Stiel ein taubeneigrosser, weicher Polyp hervor. Die Entleerung der Blase wurde mit dem männlichen Katheter bei erhöhter Steisslage vorgenommen und 2 1/2 Liter dunklen Harns zu Tage gefördert. Nach Entleerung der Blase war die bis zum Nabel reichende Geschwulst verschwunden und es konnte über der

Symphyse bei erschlafften Hautdecken der Körper des ulcerierten Uterus getastet werden. Der kleine Polyp wurde mit der Zange durch die Torsion entfernt Die Blutung war gering und stand nach einer kalten Einspritzung sofort.

Aus dieser Zusammenstellung ergiebt sich, dass weitaus die Mehrzahl der Frauen verheiratet waren oder wenigstens geboren hatten; dass die Dauer des Wachstums der Polypen von den ersten Erscheinungen an bis zum Zeitpunkt der Operation 8 Monate bis 4 Jahre betrug, dass die Polypen erbsen- bis kindskopfgross werden können, dass das Alter der Patientinnen zwischen 28 und 61 Jahren schwankte und endlich, dass die einfachste und sicherste Operationsmethode die Abtragung durch die Scheere ist, zumal wir gegen die übrigens äusserst selten auftretenden Blutungen ein sicheres Mittel in der Tamponade haben.